

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 80

DE LA FISTULE

CONSÉCUTIVE A LA

COWPÉRITE BLENNORRAGIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 21 décembre 1935

FAR

André QUÉGUINER

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à ROSCOFF (Finistère), le 8 novembre 1909.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président
		PETGES, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, professeur.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 80

DE LA FISTULE CONSÉCUTIVE A LA COWPÉRITE BLENNORRAGIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 21 décembre 1935

FAR

André QUÉGUINER

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à ROSCOFF (Finistère), le 8 novembre 1909.

Examineurs de la Thèse	}	MM. DUVERGEY, professeur	Président
		PETGES, professeur	} Juges.
		JEANNENEY, professeur	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSE, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale,	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.	C. SIGALAS.
Anatomie.	VILLEMIN.	Médec. co oniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et lin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale.	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	GREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale.	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Ob-tétrique.	RIVIÈRE.
Médecine générale.	DAMADE.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie.	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Médecine opératoire	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique.	WANGERMEZ.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique.	GIRARD.
Pathologie médicale.	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale.	DERVILLE.
Puériculture.	FAUGÈRE.	Bactériologie.	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.		

Ophtalmologie. MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

Sa mort m'a enlevé tout courage.

A MA CHERE MAMAN

A MON FRERE

A MA FAMILLE

ET EN PARTICULIER A CEUX QUI SE RECONNAÎTRONT ICI

A MONSIEUR LE DOCTEUR WEIGERT (Lyon)

Qui est et sera toujours pour nous
l'exemple du médecin.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES CAMARADES
A CEUX QUI SONT BONS ET SENSIBLES

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie de Paris,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a inspiré ce sujet de thèse
et nous a fait le grand honneur de bien
vouloir la présider.

DE LA FISTULE

CONSÉCUTIVE A LA

COWPÉRITE BLENNORRAGIQUE

GENERALITES

Les glandes sur lesquelles Méry attira l'attention des anatomistes dans le *Journal des Savants*, en 1864, sont de ces petits organismes comparables à toutes les autres glandes, possédant la même structure, le même mécanisme interne, dont la vie est influencée par tout un ensemble d'excitations et d'inhibitions nerveuses organisées, travaillant obscurément à leur tâche pour l'équilibre de cet édifice qu'est le corps humain, aussi petite et accessoire que soit cette tâche. Sans doute, leur découverte ne fit pas grand bruit; il fallut attendre dix-huit années pour que Cowper en fit une description un peu détaillée. Physiologistes et pathologistes, à leur tour, s'y intéressent, mais il semble que d'un seul coup la question soit traitée définitivement. Rien de particulier, en effet, à la physiologie que l'on a découverte presque d'emblée, rien non plus à la pathologie si ce n'est en faire une application de la pathologie générale. Et cependant il semble qu'à ce moment on n'envisagea pas toute l'importance; toute relative qu'elle soit, que peut avoir l'inflammation des glandes

de Cowper ou, du moins, ne fit-on que l'envisager, c'est bien ce que fait Gubbler dans cette phrase que nous empruntons à la thèse de Gruget : « Les maladies connues des glandes de Méry ne sont pas aujourd'hui assez nombreuses pour mériter une classification; elles se réduisent à des inflammations, soit du corps de la glande, soit du canal excréteur, et à des oblitérations de ce dernier. Sans doute, les recherches ultérieures agrandiront ce champ si restreint et les glandes de Méry pourront offrir à l'observateur attentif à peu près toute la série des altérations si bien étudiées dans leurs analogues chez les femmes par M. Huguier et dans la prostate par M. Velpeau. » Ce qui nous indique clairement que cet auteur ne possédait pas d'observations de ces complications qu'il imagine.

D'autre part, une chose importante est venue s'ajouter : c'est la notion de fréquence de cette inflammation. Nous trouvons, dans le texte déjà cité de Gruget et d'autres auteurs de cette époque, que l'inflammation de la glande de Cowper est rare, sans doute voulait-on parler de l'inflammation aiguë. Or, indépendamment du fait qu'une inflammation aiguë peut exister sans avoir comme aboutissant automatique le phlegmon périnéal qui attire l'attention, nous savons actuellement que l'inflammation chronique est extrêmement fréquente. Et comment en serait-il autrement ? Pourquoi les glandes de Cowper, annexes de l'urètre, ayant une ressemblance extraordinaire avec, d'une part, les glandes de Littré et, d'autre part, la prostate, ne participeraient-elles pas aux inflammations de l'urètre si fréquentes ? D'autant que leur emplacement, favorable à la stagnation du pus des blennorragies, est un facteur primordial d'infection. En outre, si nous examinons les descriptions des anatomistes, nous trouvons une divergence de vues frappante entre les idées sur le volume normal d'une glande de Cowper. Haas signale le fait et indique le cas que lui-même fait de l'état plus ou moins sain de l'organe. Allant plus loin que lui, nous affirmons que tous les auteurs qui ont donné à ces glandes

une taille supérieure à celle d'un petit pois ont fait l'autopsie d'individus ayant présenté une cowpérite aiguë ou chronique. Peut-être y a-t-il aussi à considérer la presque inexistence de cet organe comme une athrésie due à une inflammation très ancienne. Ceci, nous n'osons pas le soutenir; pathogéniquement, cela est possible, mais nous savons qu'elles sont très petites quelquefois chez un sujet pubère et n'ayant eu aucune occasion de contracter une blennorrhagie.

En plus de cette participation à l'urétrite, une idée est très répandue (depuis Ricordi), dans les auteurs que nous avons consultés. Le foyer incandescent de l'urétrite chronique se trouve dans les glandes de Cowper-Méry; l'explication qu'ils en donnent est que la goutte matinale a des caractères très voisins, même altérés, du liquide sécrété par ces glandes, caractères que nous étudierons avec leur histologie. Peut-être y a-t-il à considérer pour cela l'association glandes de Cowper-prostate. Mais dans le cas où la prostate n'a pas été atteinte, elles seraient à peu près seules en cause. Voilà donc une importance notable que l'on ne peut négliger, à considérer les désordres autant organiques que psychiques causés par cette maladie décevante, dont plus de la moitié des hommes sont ou ont été atteints.

Quand on envisage, après cela, que la cowpérite peut, en évoluant d'une façon aiguë, déterminer un phlegmon et que, normalement, ce phlegmon peut s'ouvrir à l'extérieur, créant une fistule purulente ou une fistule urinaire, à moins que l'ouverture chirurgicale, quoique bien faite, la conditionne, nous ne pouvons nier l'importance de cette étude. Nous regrettons malheureusement de ne pas être apte à la faire comme elle le mérite; nous regrettons aussi que la bibliographie que nous avons concernant les fistules à la suite de cowpérite soit assez peu importante. Cela nous le comprenons, parce que, si le fait est rare, il est simple, logique dans son évolution et fut très bien mis au point dans la thèse de Gruget, à laquelle nous faisons de larges emprunts.

On peut cependant envisager la question comme un cas

particulier de ces périurétrites suppurées sur lesquelles OEscat, Albarran et Bazy, en apportant leurs observations et travaux, ont attiré l'attention des pathologistes. C'est un processus d'inflammation singulier, commun à toutes les glandes périurétrales, depuis les follicules jusqu'à la prostate, qui est responsable des complications tissulaires des urétrites, et il n'y a, comme dit Ch. Mauriac, que des différences en plus ou en moins.

I. — *Anatomie.*

Les glandes de Cowper, découvertes par Méry, anatomiste français (*Journal des Savants*, 1864), ont été surtout étudiées par Gubbler, qui en fait l'objet d'une thèse en 1849, sous le nom de glandes bulbo-urétrales.

Depuis, Lebreton, en étudiant les cowpérites, et Hoggé, dans ses recherches sur les muscles du périnée, en ont définitivement fixé la morphologie.

C'est dans ces différents ouvrages que nous retirons les éléments essentiels d'une étude anatomique rapide des glandes de Cowper.

Considérées, à juste titre, comme des annexes de l'urètre génital en temps que relations et fonctions, elles sont situées, de part et d'autre, dans une loge angulaire ouverte en arrière, formée par la portion membraneuse de ce canal et la partie postéro-supérieure du bulbe.

On admet classiquement qu'elles sont au nombre de deux; cependant il y a à ce sujet une controverse entre plusieurs auteurs, du fait que l'on trouve des glandules accessoires dans le bulbe urétral ou en dehors des formations musculo-aponévrotiques qui engainent normalement la glande, du fait aussi de la similitude avec les glandes avoisinantes périurétrales et du volume variable qu'elles présentent. En effet, si chez certains sujets elles ont la grosseur de deux pois, chez d'autres elles sont absolument invisibles à l'œil nu et décelables seulement par l'examen microscopique. Friedmann

explique cette différence de volume en supposant qu'elle a été constatée chez des sujets d'âges différents; c'est exactement le contraire de ce que pense Cowper. Pour lui, dans ce cas, il y a plutôt développement progressif, le maximum de volume étant atteint à la mort. Il faut cependant considérer l'état dans lequel elles se trouvent. Haas a insisté sur ce point dans sa thèse sur les cowpérites chroniques. Plus récemment, Testut leur donne la grosseur de deux petits noyaux de cerise, et nous croyons que c'est à cette dimension qu'il faut s'arrêter si l'on considère la plupart des opinions.

De formes variées, elles sont le plus souvent oblongues, un peu aplaties. Plus ou moins écartées, quelquefois se touchant, elles présentent souvent des diverticules libres ou les réunissant entre elles à la manière de véritables ponts. Leur consistance n'est dure que lorsqu'elles sont enflammées.

Rapports. — Après les descriptions de Richet, Delbet, Tchaussow, Holl et Kalischer, qui ne s'accordent pas sur la situation précise des glandes de Cowper par rapport aux diverses aponévroses et muscles de la région, Hogge, grâce à des coupes sérieées de bassins de fœtus, distingue deux parties bien distinctes :

1° Les glandes dites diaphragmatiques, lobes principaux supérieurs et externes inclus dans le diaphragme urogénital, séparées par un prolongement antéro-inférieur du centrum;

2° Les glandes dites bulbaires, situées en plein tissu spongieux, réunies parfois aux premières et provenant d'un même bourgeon du sinus urogénital; glandes qui, si elles ne sont pas aussi nettement délimitées, ont autant d'importance et quelquefois plus au point de vue anatomique et pathologique.

Les glandes diaphragmatiques de Hogge sont celles qui constituent les glandes de Cowper, et leurs rapports résumés par Lebreton sont ceux-ci :

1° Une face superficielle accolée à la face profonde de la partie superficielle de l'aponévrose moyenne du périnée (partie que d'aucuns appellent ligament de Carcassonne), dont

elle est séparée à l'avant par la portion terminale de l'artère bulbaire;

2° La face profonde est en contact avec le plan musculaire émané du sphincter strié, contenant souvent des diverticules de la glande, et avec l'urètre en dedans;

3° Le bord externe est en rapport avec l'artère bulbaire;

4° Le bord interne est séparé de l'homologue par un demi-centimètre environ.

Ces rapports présentent un intérêt de tout premier ordre pour l'étude pathologique. Nous voyons chaque glande située dans une loge aponévro-urétro-musculaire, mais présentant des diverticules dont certains vont jusque dans le bulbe et peuvent présenter un canal excréteur propre, diverticules expliquant la marche de l'infection à travers les aponévroses, expliquant aussi qu'une fistule peut se déclarer à la suite d'une bulbite, cette bulbite n'étant, dans le cas que nous envisageons, que l'inflammation des glandes bulbares de Hogge ou diverticules des glandes de Cowper. Nous insistons sur cette particularité, parce que, dans l'étude qui va suivre, nous comprendrons sous le nom de glandes de Cowper les glandes diaphragmatiques et les glandes bulbares; il est impossible, en effet, de séparer, en pathologie, les deux groupes dont l'inflammation produit les mêmes désordres.

Le fait que ces glandes ne communiquent pas entre elles, d'un côté à l'autre, ou très rarement, explique que l'infection touche seulement une glande, la gauche, disent tous les auteurs, et Vilar nous explique que, son canal excréteur étant plus en avant et que sa lumière étant plus large, il y a là plus grande facilité de contamination. Cette évolution unilatérale se comprend aussi par la présence du prolongement aponévrotique du centrum qui forme une véritable barrière.

D'autre part, l'emplacement à peu près à égale distance du périnée et du rectum permet d'imaginer que les abcès, ayant comme point de départ ces glandes, peuvent aussi bien s'ouvrir dans le rectum, bien que l'accès en soit mieux défendu

par cette formation musculo-aponévrotique dense que l'on appelle *centrum*.

Canal excréteur. — Partant de la partie antéro-interne, se portant en avant, en dedans et en bas, chaque canal a une longueur de 30 à 40 millimètres, dont 20 millimètres sous la muqueuse urétrale. Le gauche, nous l'avons vu, est plus important et s'ouvre un peu en avant de l'autre dans l'urètre. Quelquefois, les deux sont réunis.

II. — *Histologie*.

Glande en grappe sous-muqueuse et intramusculaire, sécrétant du mucus, l'épithélium est à cellules cubiques (Chrétien), caliciformes (Ranvier, Cornil); il repose sur une membrane anhiste. Les acini sont entourés de fibres musculaires lisses qui, en les comprimant, amènent l'excrétion au moment voulu (Kœlliker).

III. — *Physiologie*.

Un certain nombre de points établissent que, comme la prostate, ces glandes appartiennent bien aux fonctions génitales. C'est ainsi que nous les voyons se développer à l'âge de la puberté, se réduire pendant l'hiver chez les animaux hivernants, augmenter à l'époque du rut, s'atrophier à la castration.

D'autre part, Stilling a remarqué des changements d'allure des cellules avant et après le rut.

Le liquide sécrété par ces glandes est transparent et visqueux, de nature albumineuse. Contrairement aux vésicules séminales dont l'évacuation se fait au moment de l'éjaculation, elles expriment leur sécrétion avant le spasme. Elles sont, en quelque sorte, les analogues et les accessoires des glandes de Bartholin. En effet, l'intromission de l'organe mâle est facilité : d'un côté, par l'apparition au méat d'une goutte de cette sécrétion dont nous avons parlé plus haut; de l'autre côté, par la sécrétion des glandes de Bartholin se

répandant sur la muqueuse externe des organes féminins. Cette explication, à laquelle nous croyons, a été donnée par M. Gubbler, en 1849. Les idées de MM. Camus et Gley, qui pensent à une action uniquement agglutinatrice envers les spermatozoïdes, et celle de M. M.-V. Trifu, de Bucarest, attribuant à cette sécrétion un rôle inhibiteur de l'érection lorsqu'elle arrive au méat avant l'éjaculation (tandis que les érections douloureuses seraient dues à l'inflammation des canaux excréteurs empêchant le liquide d'en sortir), bien que beaucoup plus récentes, nous semblent moins justifiées.

IV. — *Embryologie.*

Jusqu'au commencement du troisième mois lunaire de la vie intra-utérine, l'épithélium urétral reste lisse. Cadiat admet cependant, qu'à ce moment, les glandes urétrales se sont montrées; telle n'est pas l'opinion de Kœlliker. Quoi qu'il en soit, des cylindres épithéliaux rayonnent de l'urètre, se creusent d'une lumière et, au quatrième mois, on trouve un épithélium cylindrique tapissant leur cavité. Les glandes continuent à se développer jusqu'à la naissance. Elles paraissent, de plus, augmenter de volume jusqu'à la puberté.

V. — *Vaisseaux et nerfs.*

La glande de Cowper reçoit une artériole qui naît le plus souvent au bord externe de l'artère bulbaire.

Les veines vont aux veines bulbaires et de là à la veine honteuse interne. Les lymphatiques paraissent aboutir aux ganglions inguinaux inférieurs. Les nerfs sont constitués par des filets ténus provenant du rameau profond du périnée du honteux interne.

Avant d'envisager l'étude d'une complication de la cowpérite, il est nécessaire de connaître les caractères de l'inflammation de ces glandes, étude qui, si elle ne nous plonge pas directement dans le sujet, a le mérite de nous y amener; c'est en quelque sorte l'histoire de la maladie que nous rédigeons, puisque nous n'avons pas trouvé de cas signalés de fistules semblables, succédant directement à une autre cause comme au traumatisme par exemple.

La cowpérite fait donc partie de notre sujet en temps que cause *sine qua non* de la fistule. C'est la forme blennorragique que nous allons décrire en tant que plus fréquente et directement en cause dans notre cas.

LA COWPERITE

Parmi les glandes annexes de l'urètre, les glandes de Méry tiennent le milieu entre les glandules simples, ou follicules, et la prostate. Aussi, leur inflammation donne-t-elle une image exacte de ce qui se passe, non seulement à la partie moyenne du canal, mais à ses deux extrémités où l'on n'observe guère que des différences en plus ou en moins. Elle mérite, d'ailleurs, une description d'autant plus complète qu'elle est moins classique et moins connue que la prostate.

L'inflammation des glandes de Méry, ou cowpérite, se manifeste sous la forme aiguë ou la forme chronique. La première atteint seulement l'élément épithélial des acini. Les sécrétions normales de la glande sont exagérées et altérées dans leur composition, qui se rapproche du muco-pus de la blennorragie. Plus tard, l'inflammation gagne le parenchyme glandulaire et envahit le tissu conjonctif. C'est ainsi que, d'après Motz et Bartrina, bien des phlegmons uréo-périnéaux, bien des infiltrations d'urine, reconnaissent pour point de départ une inflammation des glandes de Cowper, d'origine urétrale; ces infiltrations d'urine seraient de véritables adéno ou mieux, glandulo-phlegmons, qui aboutissent à la suppuration et se terminent par un abcès périnéal.

La seconde est beaucoup moins importante comme gravité; elle peut cependant déterminer, par un réveil de virulence des germes, une cowpérite aiguë ayant l'évolution décrite ci-dessus.

A. — ETIOLOGIE.

L'inflammation phlegmoneuse des glandes de Cowper est relativement rare; on en voit en moyenne 15 à 25 par an dans un service d'urologie. La cause la plus fréquente est la blennorrhagie urétrale arrivée au vingtième ou vingt-cinquième jour, quand elle atteint les parties profondes du canal. L'inflammation peut être, d'ailleurs, aiguë et purulente, alors qu'il s'agit d'une urétrite de faible ou moyenne intensité. Quelquefois s'ajoutent à la blennorrhagie des causes adjuvantes, telles que fatigues, marches forcées, excès de toutes sortes.

D'après Ch. Mauriac, le traitement balsamique ou par injections, dirigé contre la blennorrhagie, ne paraît avoir aucune action. Nous ne sommes pas de cet avis pour ce qui concerne les injections.

Il suffit de se rappeler la morphologie du canal excréteur pour éclairer d'un jour singulier la part des injections dans l'étiologie de la cowpérite. La partie sous-muqueuse, assez longue, chemine d'arrière en avant, le canal est donc imperméable pour un liquide sous pression, se dirigeant d'arrière en avant et de haut en bas; la partie de muqueuse qui forme le toit du canal a tendance, dans ces conditions, à s'affaisser et à obturer l'orifice. Il n'en est pas de même lorsque le jet est dirigé d'avant en arrière et de bas en haut; la première zone de liquide rencontre un orifice béant sur lequel ne s'exerce plus une pression dirigée normalement à la paroi, mais parallèle à l'axe, la pression ne devenant générale que lorsque le liquide, arrivant en contact avec le sphincter de la vessie, exerce une pression en tout point égale et normale à la paroi. Or, la première zone de liquide pousse devant elle des déchets purulents qui peuvent très bien s'engager dans un petit canal maintenu béant par une légère pression dirigée dans son axe.

En dehors, on remarque l'abus de coït, les violences sur le périnée. C'est ainsi que le Docteur Ozène présente un cas de cowpérite bilatérale chez un sujet bicycliste, non porteur de blennorrhagie, et nous rappelle à ce sujet la thèse de Aldhuÿ sur *Le périnée et la bicyclette*. Ces dernières causes, considérées seules, sont signalées, mais peu fréquentes; en revanche, lorsque le sujet est blennorrhagique, on les voit toujours survenir dans l'étiologie de la cowpérite (le fait est relaté dans les quelques observations que j'ai recueillies); d'autre part, le Docteur Viana insiste sur la cause de la cowpérite, en disant qu'un traumatisme s'ajoute toujours à l'action propre du gonocoque.

Aussi bien voit-on s'établir cette inflammation comme complication d'autres maladies des voies urinaires à la suite de l'introduction de bougies très volumineuses, de fausses routes ou de séjours de sondes dans le canal.

B. — SYMPTOMATOLOGIE.

Début. — Sensation douloureuse obtuse, au niveau de la région bulbaire du canal. Puis, peu à peu, la région devient de plus en plus pénible, il survient des élancements, la douleur s'exagère par le toucher et même par le simple contact du pantalon. La marche devient très difficile, la station assise sur un siège mou, le corps penché en avant, est gênée; en même temps, gonflement et chaleur de la région périnéale.

1° *Symptômes physiques.*

1° Légère tuméfaction sans changement de couleur à la peau. Les couches cellulaires sous-jacentes sont également intactes, mais, dans la profondeur des tissus, la palpation fait reconnaître l'existence d'une petite tumeur allongée d'avant en arrière, ovoïde à grosse extrémité, tournée vers l'anus, à pointe répondant au bulbe avec lequel elle se

confond. Elle est nettement limitée, grosse comme un haricot, latérale par rapport au raphé médian, située entre les muscles transverses et la protubérance bulbaire.

2° La phlegmasie franchit rapidement les limites de sa loge aponévrotique. Tandis que la douleur augmente et que les élancements se succèdent à de plus courts intervalles, les contours de la tumeur deviennent indécis et se perdent dans un empâtement périphérique, de forme à peu près arrondie, qui s'agrandit de jour en jour, le processus inflammatoire se propageant de proche en proche par le tissu cellulaire environnant.

3° Enfin les couches superficielles finissent elles-mêmes par être envahies. La peau devient rouge et adhérente au niveau de la tumeur en même temps qu'il se produit de l'œdème dans le tissu cellulaire sous-cutané du voisinage. Les douleurs prennent un caractère pulsatif. Peu à peu, le point culminant de la tumeur se ramollit et la peau s'amincit, la fluctuation devient de plus en plus manifeste; l'ouverture spontanée et l'évacuation de l'abcès paraissent imminents.

Le gonflement phlegmoneux est alors limité en arrière par le muscle transverse du périnée au niveau duquel il forme un relief considérable; en avant, il se prolonge dans les bourses du côté correspondant et constitue parfois une énorme masse œdémateuse, dure, ressemblant à une tumeur surajoutée au testicule. En dehors, il n'y a jamais d'empiétement sur la racine du membre, mais en dedans la tumeur n'est pas exactement limitée par la ligne médiane; elle franchit d'ordinaire le raphé et déborde du côté opposé.

2° *Symptômes fonctionnels.*

Ils sont, malgré tout, peu importants. J.-L. Petit insistait sur la rétention d'urine. Assurément, celle-ci peut accompagner l'inflammation des glandes de Méry, mais elle ne leur est point inhérente et appartient plutôt aux autres complications de la blennorragie, bien que Reliquet nous fasse remar-

quer que « toutes les fois qu'il y a une cause d'irritation située entre le collet du bulbe et le col vésical ou dans les organes annexes, il y a contracture de la région profonde avec excitation de la vessie ». Tout au plus peut-on observer un peu de dysurie par gonflement de la muqueuse urétrale, par distension des conduits excréteurs ou par contractions spasmodiques du muscle ischio-urétral surexcité.

Il est encore plus exceptionnel que la défécation soit entravée. Le cathétérisme ne fournit que des renseignements négatifs. Mais il est utile dans le diagnostic en montrant qu'il n'existe pas de rétrécissement. Souvent, il ne provoque aucune douleur, il semble que le travail morbide, dont le point de départ manifeste a été l'urètre, lui devienne, par la suite, tout à fait étranger.

3° *Symptômes généraux.*

La réaction générale est presque nulle dans l'immense majorité des cas. C'est à peine si l'on observe parfois un léger mouvement fébrile et un peu d'état saburral.

4° *Diagnostic différentiel.*

La cowpérite peut être confondue avec l'abcès urineux banal, mais celui-ci est primitivement médian; d'autre part, la cowpérite peut être l'origine d'un abcès urineux dont on reconnaîtra facilement la cause à sa position latérale. L'abcès lymphangitique d'origine anale est plus postérieur et plus superficiel.

C. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On trouve, quelquefois, du gonocoque pur dans le pus de l'abcès; la plupart du temps, c'est du staphylocoque pur ou associé avec le gonocoque. D'après Lebreton, sur 7 cas : gonocoque, 2 fois, gono + staphylo, 2 fois; staphylo, 3 fois. Laquière et Bouchard ont incisé une tumeur du périnée qu'ils

croyaient être un abcès urinaire; ils sont tombés sur une poche assez épaisse, du volume d'un petit œuf, sa surface extérieure se continuant avec les tissus infiltrés, la surface intérieure étant lisse, recouverte par place d'un revêtement épithélial; ils ont diagnostiqué un abcès de la glande de Cowper. Fait particulier, sans analogue dans la littérature classique avant eux, ils ont trouvé à l'intérieur de la poche et baignant dans le pus, 25 à 30 petits calculs. Ils ne disent malheureusement pas si le sujet était porteur d'une blennorrhagie; dans le cas contraire, le fait enrichirait l'étiologie de la maladie d'une considération imprévue.

Ordinairement, une seule glande est prise, plus souvent la gauche, d'après Morgagni; également d'après les autres auteurs. Haas nous dit qu'elles sont toutes les deux prises, mais l'une plus que l'autre; nous avons vu que certaines dispositions anatomiques faciliteraient l'infection de la glande gauche; nous penchons, en tout cas, pour l'unilatéralité.

D. — EVOLUTION.

Nous sommes, en ce moment, en présence d'une tuméfaction phlegmoneuse du périnée. Comment va-t-elle évoluer ?

1° Le processus morbide va régresser de lui-même par atténuation de la virulence des germes;

2° Ou bien le phlegmon se fait jour à l'intérieur de l'urètre, soit par un orifice propre, soit par le canal excréteur de la glande;

3° Ou bien l'ouverture se fait à travers la paroi amincie qui recouvre la tuméfaction au périnée, que cette ouverture soit chirurgicale ou spontanée; elle peut alors évoluer de deux manières :

- a) fermeture de l'orifice dans un court laps de temps;
- b) la formation d'une fistule.

Dans la première alternative, la guérison est en général rapide et n'exige pas plus d'un septennaire (Jullien); quand elle n'est pas retardée par quelques décollements cutanés,

l'ouverture se ferme, il ne reste plus qu'un noyau d'engorgement qui disparaît à la longue.

Nous allons étudier la seconde en faisant une distinction, car ici la fistule donne passage d'abord à du pus, puis à de la sécrétion glandulaire; or, il est une autre pathogénie de la fistule qui, si elle reconnaît à l'origine la cowpérite, se crée par un autre mécanisme. Jullien nous ouvre cette hypothèse lui-même, lorsqu'il nous dit : « Ce cas (ouverture dans l'urètre) est toujours plus grave, car il peut se produire une infiltration de l'urine dans les bourses, ce qui expose le malade à des complications redoutables. » Nous voyons très nettement le processus morbide : le pus s'évacuant dans l'urètre, l'urine s'infiltrant, grâce à cette ouverture, et créant un véritable abcès urinaire, celui-ci se terminant par une fistule. Dans le premier cas, l'urine ne passe pas ou rarement par la fistule; dans le second cas, elle passe, et lorsque Marion dit : « Les fistules inflammatoires succèdent presque toujours à des abcès périurétraux, urinaires ou chroniques, ou à des infiltrations d'urine. Plus rarement, on les voit survenir à la suite de cowpérites, la tuberculose urétrale, mais surtout la tuberculose de la glande de Cowper peut les provoquer, mais très rarement. » Il ne suppose pas tous les cas où, sans qu'on le sache, la fistule urinaire s'est développée à la suite d'une cowpérite, et pourtant, au sujet de la cowpérite, il dit : « Sa forme aiguë aboutissant assez souvent à l'abcès urinaire, c'est celui-ci que l'on diagnostique, bien qu'une cowpérite en ait été l'origine. » Pour le vérifier, il faudrait pouvoir faire l'étude anatomo-pathologique du trajet fistuleux et s'assurer qu'il passe bien en pleine glande de Cowper.

FISTULES COWPERIENNES F. NON URINAIRES

Elles sont la majorité des cas. Ce sont des trajets fistuleux consécutifs à des abcès de l'urètre, permettant souvent au liquide injecté par l'orifice de pénétrer dans l'urètre sans que l'urine passe de l'urètre vers la peau; il y a bien des cas où l'urine passe par la plaie à certains moments; mais, même dans ces cas, le caractère de la fistule et la nature des tissus périphériques ne ressemblent à rien de ce qui existe toujours lorsque de vraies fistules urinaires existent. Enfin, le fait que l'injection passe facilement de la peau à l'urètre, en permettant le lavage fréquent du trajet et des cavités de la fistule, est une condition des plus favorables à la guérison. Elles peuvent être dues à d'autres glandes, mais surtout aux glandes de Cowper.

« Ces fistules sont toujours consécutives à un abcès développé dans une glande périphérique de l'urètre; dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une cowpérite suppurée. L'abcès de la cowpérite peut s'ouvrir dans le rectum, et alors l'orifice extérieur du trajet fistuleux est là dans le rectum », ainsi s'exprime Jullien. L'urine n'y passant pas, il ne peut s'écouler que deux liquides : du pus et la sécrétion de la glande. Le premier est facilement diagnosticable par la présence de taches caractéristiques sur le pansement ou la nature de la goutte que fait sourdre la compression de la glande.

1° *Fistule purulente*. — Dans ce premier cas, se trouvent tous les phlegmons fraîchement ouverts à ce moment, où il n'est pas question de fistule, mais de simple orifice qui peut

ne pas tarder à se fermer si une infection secondaire ne vient pas l'entretenir. Le terme de fistule nécessite, en effet, l'intervention de deux facteurs :

1° Le temps, qui n'amène aucune rétrocession, aucune fermeture progressive de l'ouverture;

2° L'organisation des parois du trajet fistuleux qui, de cruenté et mal défini, évolue en se formant une paroi propre composée de tissu plus ou moins scléreux et cicatriciel, entouré par un manche d'inflammation dense, donnant à la peau qui entoure l'orifice une teinte rouge violacée caractéristique.

2° *Fistule muco-purulente*. — Dans ce deuxième cas, c'est-à-dire simplement sécrétion de substance muqueuse plus ou moins altérée contenant débris épithéliaux, concrétions ou flammèches purulentes, se placent toutes les fistules qui sont l'évolution directe du cas précédent et où l'orifice maintenu par l'excrétion purulente, ne s'est pas refermé. L'organisation des parois fistuleuses a une importance notable autant que l'oblitération du canal excréteur qui empêche la sécrétion glandulaire de suivre son trajet normal; c'est d'ailleurs l'unique raison que Gruget (*loc. cit.*) donne de la persistance de la fistule cowpérienne.

3° *Fistule sécrétoire*. — On peut aussi imaginer les cas où, l'inflammation s'étant terminée aussitôt l'ouverture à l'extérieur de la poche purulente, la fistule, au lieu d'être née par la sortie fréquente du pus, a été créée seulement par la sécrétion glandulaire. Nous insistons sur cette petite discrimination; elle nous explique les différences d'aspect des orifices fistuleux; là, orifice très marqué en cul de poule, avec zone scléreuse inflammatoire rouge violet; ici, simple pertuis entouré d'une couronne de réaction beaucoup moins intense, sans élévation. Enfin, le pansement n'est taché que par un liquide blanchâtre, un peu crémeux, sans quantité notable de pus.

On comprend aisément aussi la différence d'importance

entre les deux variétés quand on envisage le traitement; il est plus facile, dans ce dernier cas, moins aisé dans l'autre, où il faut éliminer cette zone de substance transformée histologiquement et inutilisable pour la cicatrisation.

Nous avons dit que c'était le cas le plus fréquent, et c'est bien ce qui est remarquable quand on lit les observations produites par les auteurs qui se sont intéressés à la question. Il est même intéressant de constater que presque tous insistent sur le signe négatif très important de l'absence de passage de l'urine par la plaie, mais ils s'en servent pour discriminer cette fistule de la fistule urinaire proprement dite. Or, cette dernière, nous l'avons vu, peut avoir la même origine.

Autre chose intéressante dans ces observations est la répétition de la fistule qui se ferme par moment, soit que l'activité physiologique de la glande se ralentisse, soit que le canal, objet d'une moindre inflammation, redevienne perméable. Aussi, lorsque les malades viennent voir le spécialiste, celui-ci trouve-t-il quelquefois le stigmate d'une ancienne fistule fermée, la grosseur de la glande étant le seul symptôme permettant un diagnostic rétrospectif. D'autres fois il y a, à côté d'une fistule en activité, trace d'une fistule ancienne. Le malade déclare alors que la nouvelle fistule s'est formée à la suite d'un traumatisme, quelquefois très léger, ou bien, plus souvent, d'excès sexuels. Elle serait, en quelque sorte, une soupape laissant passer l'excédent de sécrétion, pour laquelle le canal excréteur, sclérosé et étroit, se trouve insuffisant. Cette reprise se fait sans bruit par l'ancien trajet, ou bien par l'intermédiaire d'un nouveau phlegmon; c'est ce qui nous explique la formation d'un nouvel orifice.

A. — DIAGNOSTIC POSITIF.

Le diagnostic de l'origine de la fistule se fait rétrospectivement quand on sait que le malade a présenté, après une blennorragie, les petits signes de la cowpérite aiguë, lors-

qu'il a présenté dans la région susindiquée cette tuméfaction unilatérale caractéristique, par le produit de sécrétion particulier qui mousse lorsqu'on le frotte entre deux doigts, par l'exploration au stylet qui se dirige vers le siège de la glande, encore par l'exploration bidigitale : l'index introduit dans l'anus de 1 ou 2 centimètres, le pouce restant à l'extérieur appliqué à la partie postérieure du relief du bulbe de l'urètre (Gubler). On peut ainsi sentir le noyau dur formé par la glande plus ou moins enflammée, dont la pression fait sourdre une certaine quantité de liquide par l'orifice fistuleux.

Un moyen de quasi-certitude, presque pathognomonique, est celui qui consiste à faire une injection d'eau teintée en bleu de méthylène par la fistule, cette eau ressort souvent par le méat lorsque le canal de la glande est encore perméable (c'est le cas de la fistule à répétition); en nous reportant à la morphologie du canal, nous savons pourquoi il n'est perméable que dans un sens. C'est un moyen classique très employé; il sert aussi de traitement.

B. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il n'y a pas ici l'écoulement sanieux et malodorant qui caractérise une fistule anale.

La fistule prostatique, à laquelle on peut penser, est pour le moins très rare. La prostate n'est pas en dehors de nos moyens d'investigation. On peut reconnaître si cet organe est malade ou non. Le toucher rectal, le cathétérisme de l'urètre, nous renseignent par l'élément douleur; en outre, le produit de sécrétion est nettement différent de celui des glandes de Cowper.

La fistule tuberculeuse de la glande de Cowper, dont Hartmann a signalé un cas, est aisément diagnosticable par les caractères particuliers de la fistule tuberculeuse et le liquide qui sort par l'orifice fistuleux.

C. — EVOLUTION ET PRONOSTIC.

L'évolution de ces fistules est la guérison la plupart du temps; si elle ne se fait pas seule, ce qui est rare, elle est obtenue lorsque l'on a rendu au canal excréteur sa perméabilité; quelquefois, elles évoluent par la fistule urinaire cowpérienne, comme dans ce cas de Reliquet que nous citons plus loin, mais il n'y a pas eu, entre les deux, abus urinaires, ce qui en diminue la gravité.

Le pronostic est bénin, même lorsque la fistule continue à sécréter; le malade ne se trouve guère gêné, c'est le cas du patient de Desprès; en tout cas, le traitement en est facile.

D. — FRÉQUENCE.

Nous avons relevé les observations de ces fistules; fréquentes par rapport à l'autre catégorie, elles sont rares comme nous l'avons répété plusieurs fois.

Albert. E. Goldstein, de Baltimore, donne une fréquence de 3 cowpérites aiguës ou subaiguës sur 1.000 cas de blennorrhagies; si nous rapprochons de cette statistique celle de Sh. Homma, qui nous dit que sur 7 cowpérites aiguës une s'abcède, nous en déduisons une fréquence de 4, 3, sur 10.000 cas de blennorrhagies, et encore, parmi ces 4, 3 cas, y a-t-il souvent une fermeture spontanée après évacuation du pus.

Il nous faut parler des fistules qui se sont manifestées après ouverture chirurgicale du phlegmon. Bien que Marion dise : « A la suite de l'ouverture de la peau la fistule est exceptionnelle pour peu que la collection soit ouverte convenablement », elles ne sont pas rares relativement au nombre de cas; en effet, si dans ce cas on se trouve dans les meilleures conditions pour obtenir la guérison, comment par simple incision rendre au canal excréteur la perméabilité qu'il a perdue ? Et le résultat le moins dubitable est celui que l'on obtiendrait en extirpant la glande.

E. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Lorsque Reynes fait l'incision d'une cowpérite fistuleuse, il nous dit avoir trouvé dans la profondeur un foyer inflammatoire chronique, fongueux, entouré de parois fibroïdes, situé entre le pubis en dehors, urètre et bulbe en dedans en pleine loge cowpérienne. On remarque que la glande est toujours hypertrophiée, mais que c'est le tissu environnant qui a fait les frais de la suppuration.

Le trajet fistuleux a un calibre étroit en général, il peut présenter des dilatations des récessus qui entretiennent la suppuration, mais il est peu induré comparativement à celui des fistules urinaires et a une tendance plus grande à s'oblitérer.

Nous empruntons à Gruget ces observations :

I. — Abscess de la glande de Cowper du côté gauche, inflammation du col de la vessie, strangurie, incision du foyer, cicatrisation imparfaite au bout de vingt-trois jours.

Homme de 64 ans ayant eu 3 blennorragies : un traumatisme périnéal et des excès génitaux amènent de la pollakiurie, puis une tumeur diagnostiquée comme étant une cowpérite aiguë. Une incision est faite qui évacue le pus, la miction se rétablit, la glande de Cowper reste enflammée, l'orifice se ferme, mais un examen provoque la chute d'une croûte : la fistule se déclare, l'urine n'y passe pas.

II. — Homme de 25 ans ayant eu une blennorragie un mois auparavant; les dix derniers jours, se déclare un phlegmon du périnée du côté gauche. On diagnostique une cowpérite aiguë. L'incision est faite amenant l'issue de pus. Le stylet introduit est arrêté à 3 centimètres par un gros noyau induré représentant la glande de Cowper. L'orifice ne se ferme pas et laisse suinter un liquide caractéristique, mais jamais l'urine n'y passe. Le malade quitte l'hôpital sans être guéri.

III. — Leçon de M. Desprès sur une fistule de la glande de Cowper.

Il s'agit d'un homme qui présente à son entrée à l'hôpital une fistule au périnée. Dans les antécédents : blennorrhagie trente ans auparavant passée à la chronicité. L'abcès s'est déclaré après la chute sur le coccyx et excès vénériens. Plusieurs cicatrices de fistules anciennes. L'urine ne passe pas par la fistule. Caractère très intéressant : Le malade se sent mouillé au moment des rapprochements.

Reynes, de Marseille, nous fournit celle-ci :

Homme de bonne santé ayant eu une blennorrhagie dans le jeune âge, atteint en 1904 d'une petite tumeur ouverte à la peau, disparition, puis réapparition et fistule chronique suppurée urinaire. La fistule se trouve entre l'anus et le scrotum du côté droit, à 3 centimètres de la ligne médiane. Traitement chirurgical.

Dans la leçon de Reliquet sur les fistules urinaires, nous trouvons :

I. — Homme de 30 ans, urinant avec une sonde, présente dans le triangle gauche du périnée des trajets fistuleux de la glande de Cowper; l'orifice a $1/2$ centimètre, il n'y passe pas d'urine, le trajet présente des dilatations. En outre, écoulement de l'urètre depuis dix ans. La sonde fait rétrocéder les symptômes, qui s'exagèrent dès qu'on l'enlève. L'ouverture du trajet est faite, suivie d'une cautérisation au fer rouge. Aucun résultat. Incision en infundibulum amenant guérison.

II. — Homme de 54 ans présentant une cowpérite à la suite de lithrotritie, puis phlegmon. Après ouverture chirurgicale, apparition d'une fistule dont on débride deux fois le trajet pour former un infundibulum; la guérison est obtenue après cinq semaines. Après un voyage, récidive à laquelle on applique le même traitement; la guérison survient au bout d'un mois.

III. — Homme de 30 ans. Plusieurs années auparavant, il avait présenté une cowpérite après une blennorrhagie, puis un abcès qui se vida dans le rectum. Au moment où il fut examiné, il avait une fistule débouchant dans le rectum et une tumeur périnéale qui se

vidait dans le rectum au moment du coït et reparaissait quelque temps après . Le trajet fut incisé avec le constructeur de Maison-neuve. Guérison après deux mois.

IV. — Homme de 38 ans. Sans doute après cowpérite aiguë, se présente une fistule anale de telle sorte que les gaz et de petites bribes de matières fécales passent par l'urètre, mais l'urine ne sort pas par l'anus. On conseille au malade de se reposer pour une opération; il ne revient pas.

C'est à peu près tout ce que nous avons trouvé comme observation de fistules sécrétoires.

FISTULES URINAIRES COWPERIENNES

Comme nous l'avons dit, ce sont des fistules qui se sont développées, à la suite d'une cowpérite; elle sont de telle conformation qu'elles laissent passer l'urine.

Gosselin en a le premier signalé l'existence. Gruget en parle, et Reliquet en cite un autre cas. Cependant, le fait signalé par Ch. Mauriac et Gubbler, auquel Gruget fait allusion, qu'au moment de l'incision du phlegmon périnéal consécutif à la cowpérite il s'écoule un peu d'urine mélangée au pus, ne peut être retenu pour faire de la plupart des fistules cowpériennes des fistules urinaires. Dans ces cas, qui sont contestables en partie, l'odeur du liquide putréfié étant cause d'erreur, les caractères de la fistule et la nature de ses tissus périphériques ne ressemblent en rien à ce qui existe toujours lorsque de vraies fistules urinaires existent.

D'ailleurs, cette filtration d'urine, si elle a existé, a été très légère et ne s'est pas renouvelée. Ce que nous envisageons ici, c'est la persistance de l'écoulement urinaire dès le début ou sa production plusieurs jours après l'ouverture de l'abcès.

L'étude se résout ici à envisager le mécanisme de production de la fistule cowpérienne urinaire, le reste entre dans le sujet classique de la fistule urinaire.

Nous avons vu, dans le cas précédent, une pathogénie assez simple, la glande s'enflammant, le tissu environnant réagissant et faisant les frais d'une suppuration qui se collecte en abcès et s'ouvre au périnée. Nous retrouvons ici le même processus avec une variante et un autre totalement différent.

Examinons ce qui se passe lorsque la glande, tuméfiée et

gonflée de sécrétion, est sur le point de donner naissance à l'abcès. Comme dans toute inflammation glandulaire, il y a hypersécrétion, apport abondant de leucocytes qui pénètrent à l'intérieur des cavités glandulaires, le tout formant un muco-pus abondant qui, joignant aux caractères déjà énoncés du mucus ceux du pus, fait un mélange très visqueux et épais. Il en résulte : 1° que l'expulsion du muco-pus devient difficile, si ce n'est impossible, par le canal excréteur, que nous savons étroit et long; 2° que la glande, continuant à s'hypertrophier de par la tuméfaction inflammatoire et la distension mécanique, finit par empiéter sur son canal et le réduire. Au moment où le phlegmon périnéal est créé, la glande forme un noyau dur adjacent à l'urètre dont elle n'est séparée que par une distance réduite comprenant le canal diminué de longueur et gonflé de muco-pus auquel il laisse difficilement passage. Le résultat est celui-ci : Lorsque le phlegmon périnéal s'ouvre spontanément ou lorsqu'on l'incise, le canal excréteur a changé de caractères morphologiques et, raccourci, plus gros, manquant de souplesse, il ne joue plus son rôle de soupape et laisse pénétrer l'urine, pour peu qu'un rétrécissement (n'oublions pas l'origine blennorragique de la cowpérite) donne à l'urine une certaine pression dans le carrefour du bulbe.

L'urine peut ainsi s'écouler goutte à goutte pendant la miction, rarement d'une façon plus importante; quelquefois même, le canal récupérant ses qualités premières, l'urine ne repasse plus. C'est ce qui arrive dans certains cas cités par Ch. Mauriac et Gubbler. Reliquet en fait des fistules non urinaires, c'est aussi notre avis; mais, si l'écoulement urinaire persiste, nous ne pouvons pas, aussi petite soit cette quantité d'urine qui passe, en faire une même catégorie.

Imaginons cependant que le phlegmon se soit fait jour en même temps dans l'urètre et au périnée, et Legueu parle de cette hypothèse, il y a là une raison primordiale de fistule urinaire. Quant Reliquet dit :

« L'hypothèse de l'ulcération de l'urètre est inadmissible,

une ouverture de la paroi urétrale, surtout due à un abcès et laissant passer l'urine, ne se cicatrise jamais avec rapidité, il y a toujours une fistule urinaire véritable qui persiste et qui nécessite un traitement spécial. En effet, dans ces cas, ce sont les tissus sans protection, non recouverts d'une couche épithéliale, qui, directement, sont baignés par l'urine ; l'action de ce liquide excrémental sur les tissus est complète et toute les altérations de tissus dues au contact de l'urine ; induration, suppuration, se produisent. » C'est justement ce qui se produit, et si Reliquet considère cette hypothèse comme inadmissible, c'est qu'il ne considère que les fistules non urinaires, sans envisager une fistule glandulaire devenant d'emblée urinaire et décrite comme telle. Legueu considère cette fistule interne comme très possible, puisqu'il nous dit : « La collection peut en même temps s'ouvrir dans l'urètre, et si l'urètre est perforé, la perforation est consécutive à la suppuration ; elle s'effectue du dehors en dedans par ouverture du foyer glandulaire, et non de dedans en dehors. » (En comprenant l'hypothèse de Reliquet comme une ulcération de dedans en dehors, il aurait donc raison.) Cette fistule interne ainsi formée, il pourrait y avoir cowpéríte chronique ou guérison. Mais Marion, dans cette phrase déjà citée, en imagine une évolution bien plus à craindre : « Le second cas (il s'agit de l'ouverture dans l'urètre) est toujours plus grave, car il peut se produire une infiltration de l'urine dans les bourses, ce qui expose le malade à des complications redoutables. »

Cette infiltration d'urine aboutit, le plus souvent, à un abcès urineux proprement dit qui évolue en créant une fistule urinaire proprement dite.

Comme nous sommes loin de la pathogénie des fistules sécrétoires ou, du moins, comme nous l'avons dépassée, il semble que l'analogue ici soit la cowpéríte et sa fistule dans l'urètre, le reste : abcès urineux, fistule au périnée, sont pour ainsi dire des complications de la fistule dans l'urètre, l'infection se faisant à rebours, la glande restant une sorte de foyer qui a sa participation aux deux manifestations pour provoquer la première, entretenir la seconde.

Cette considération est troublante, car pendant longtemps on avait opposé fistules cowpériennes et fistules urinaires en considérant leur allure et leur pathogénie différentes sans penser à leur origine souvent commune. Notre attention est alors attirée par le fait de savoir combien de cowpérites causales sont passées inaperçues dans le nombre des abcès urinaires et fistules urinaires étudiés par les auteurs ? Et dans quel cas une fistule urinaire est-elle une fistule cowpérienne urinaire ?

Il est impossible de répondre à cette première question, la cowpérite est signalée dans l'étiologie de la fistule urinaire, et les études sur les périurétrites d'Escat, Albarran et Bazy nous permettent d'envisager la responsabilité des glandes périurétrales dans ces complications urinaires.

De même, l'abcès urinaire est envisagé dans la complication de la cowpérite, mais d'une façon si discrète que nous n'avons aucune idée de la fréquence. Nous savons que Motz et Bartrina, sur 8 cas d'infiltration d'urine, ont trouvé 3 cowpérites, 1 bulbite, 1 littrite et 1 périprostatite : forte proportion. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs que l'on peut passer souvent à côté d'une cowpérite et ajoutent qu'en cas d'absence de rétrécissement, on peut l'envisager; certains même, d'après Gruget, en font un diagnostic différentiel. Or, on peut encore plus aisément comprendre l'infiltration à la suite de fistule interne en présence d'un rétrécissement en aval. Tout cela laisse un large champ à nos suppositions et nous permet de croire que bien des fois la cowpérite causale fut ignorée, parce que, assez peu connue, on n'y avait pas pensé.

La seconde question que nous nous sommes posée est moins embarrassante, mais il n'est pas toujours facile de retrouver la cowpérite; voici comment se présente la fistule :

L'orifice cutané, en cas de trajet unique, se trouve au péri-née, au niveau de la racine des bourses, parfois il se présente comme une ulcération; plus souvent il apparaît comme un orifice entouré de peau cicatricielle, parfois il se trouve au sommet d'un bourgeon épidermisé. Il peut y avoir dans les

trajets fistuleux des calculs, formés sur place la plupart du temps, plus rarement venus des voies urinaires supérieures. Les tissus périnéaux peuvent être à peu près normaux; souvent, autour de l'orifice, ils sont scléreux; parfois, lorsqu'il y a eu des poussées inflammatoires successives, les tissus du périnée, les bourses, s'œdématient, s'infiltrant et prennent un véritable aspect éléphantiasique, rouge, suppurant. Lorsque le malade urine, il en sort une partie ou la totalité; cette urine peut être mélangée de pus en cas de poches purulentes dans le trajet fistuleux. L'aspect de l'orifice varie énormément depuis le simple orifice net sur une surface plane ou surélevé en cul de poule, jusqu'à l'orifice ulcéré à bords décollés simulant une ulcération tuberculeuse. Ce sont les signes de la fistule urinaire, tels que nous les empruntons à Marion; les signes particuliers qui permettent de penser à une fistule cowpérienne urinaire sont ceux-ci :

1° Evolution de la maladie.

Il suffit de constater chez un malade l'évolution de la cowpérite aiguë, telle que nous l'avons décrite plus haut, pour être orienté vers le diagnostic.

2° Caractères particuliers.

La situation de l'orifice est presque toujours latérale, sauf dans le cas de bulbite.

La fistule a un trajet assez long, pas de contact direct entre périnée et urètre.

La direction du trajet examiné au stylet se dirige vers l'angle bulbo-urétral, vers un noyau dur représentant la glande. L'exploration au stylet est gênée par la présence de la glande; on ne peut pas le faire pénétrer dans l'urètre par la fistule, cela est dû aux diverticules de la glande et à l'orientation différente des deux fistules.

L'écoulement de l'urine est, en général, peu important mélangé de pus.

Entre les mictions, écoulement de muco-pus.

L'urètre est la plupart du temps perméable; s'il existe un rétrécissement il n'est souvent pas suffisamment serré pour expliquer à lui seul l'abcès urinaire.

Tous signes contingents n'étant pas un facteur absolu de certitude, sauf lorsque l'on a eu l'avantage d'assister à l'évolution de la maladie depuis le début. Autrement, l'anatomie pathologique, après extirpation du trajet fistuleux, peut seule nous renseigner efficacement.

Il ne s'agit pas ici d'établir de diagnostic différentiel, l'urine qui s'écoule de l'orifice tranchant toute équivoque.

Quelle est l'évolution de cette fistule ?

La plupart du temps, elle se termine par la guérison. Si beaucoup de cas de fistules non urinaires furent des fistules urinaires à l'ouverture du phlegmon, elles ne le furent que quelques instants seulement; les autres se sont vite fermées, pour peu que l'on ait soigné énergiquement la fistule et l'infection. Dans un seul cas, nous voyons la fistule persister du fait de la présence de calculs inclus dans le trajet, le malade ayant refusé de se laisser opérer. Cependant, puisque nous avons affaire à des fistules urinaires, on peut envisager la même complication, c'est-à-dire l'infection urinaire pouvant déterminer la mort. Mais cela est aller trop loin. Le pronostic est donc plutôt bon.

En tenant compte des réserves que nous avons faites sur les fistules cowpériennes urinaires non diagnostiquées, nous ne pouvons en rapporter que très peu de cas.

Un premier fut signalé par M. Gosselin, un autre par Reliquet; le voici :

Il s'agit d'un homme de 60 ans, atteint de rétention d'urine, ayant eu, à deux reprises, un abcès ouvert au périnée n'ayant pas laissé passer l'urine. Le dernier abcès s'est présenté après un voyage en chemin de fer. L'urétotomie interne, qui dans le cas d'infiltration d'urine amène une rétrocession des symptômes, se révèle inefficace. L'ouverture de l'abcès amène l'odeur caractéristique de l'abcès de

la cowpérite, mais il ne s'écoule pas d'urine; plusieurs jours après, l'expulsion d'un petit calcul est suivie de l'émission de quelques gouttes d'urine par l'orifice. On sent, lorsque les tissus redeviennent plus souples, la présence d'autres graviers, mais le malade repart sans vouloir qu'on les lui enlève, perdant toujours de l'urine par la fistule.

Voici une autre observation, celle d'un malade de M. le Professeur Duvergey qui lui a inspiré le sujet de thèse qu'il nous a donné :

Il s'agit d'un homme de 24 ans, T..., cultivateur.

Le malade entre à l'hôpital le 4 octobre 1935, pour une blennorragie compliquée de cowpérite,

En 1932, pendant son service militaire, le malade contracte une blennorragie. Il est soigné à l'hôpital militaire. Le malade ne pouvant uriner, on lui fait des sondages vésicaux. A ce moment, le malade sent une sensation de pesanteur dans sa région périnéale, et à la palpation on peut sentir une légère tumeur dans cette région. Le traitement consiste en injections et bains de siège qui calment la douleur. Au bout de trois mois, sortie de l'hôpital.

Depuis cette époque, il ressent une légère douleur à la miction. Celles-ci sont à jet fort au début et finissent goutte à goutte. De plus, l'écoulement ne s'est jamais tari complètement et persiste sous la forme d'une goutte purulente chaque matin.

Le 26 septembre 1935, le malade a le matin en se réveillant une sensation de chaleur à la miction et un écoulement assez abondant. Il se soigne lui-même pendant huit jours avec des cachets d'Arrhéol.

Le 1^{er} octobre, l'écoulement persistant et le malade ressentant de fortes douleurs à la marche, dans sa région périnéale, douleurs aiguës avec élancements, va consulter un médecin. Comme autre symptôme : De la pollakiurie nocturne et diurne avec jet divergent et faible. Le docteur lui fait un toucher et l'envoie d'urgence à la consultation de Saint-André, d'où on l'envoie dans le service de M. le Professeur Duvergey.

Le 8, opération : Incision pure et simple de l'abcès. Drainage par mèche.

Quelques jours après, il s'établit un trajet fistuleux faisant communiquer l'urètre avec l'extérieur dans la région périnéale. Puis, brusquement, le malade accuse de violentes douleurs dans son sacrum et la colonne lombaire. (Réflexes rotuliens et achilléens exagérés.)

Arthrite du cou-de-pied avec gonflement et œdème rouge.

Légère arthrite du genou perceptible seulement à la palpation des ligaments postérieurs.

Puis ces phénomènes s'amendent progressivement.

Examen. — La fistule s'ouvre au périnée par un petit pertuis à peine visible avec une légère couronne inflammatoire qui se confond avec la couleur violacée de la cicatrice.

Le malade disant se mouiller au moment des mictions, on lui fait prendre par la bouche du bleu de méthylène : Le pansement est taché de bleu. Entre les mictions, traces de sécrétion glandulaire sur ce même pansement.

Le stylet introduit s'arrête à 3 centimètres, sur une petite masse indurée, qui est la glande de Cowper. Le toucher rectal n'est pas douloureux et montre une prostate de volume normal. Il est impossible de faire une injection dans le trajet fistuleux.

Le 20 novembre, la fistule continue à laisser passer l'urine. Dans l'intervalle, on a fait deux séries de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur et un massage de la prostate n'amène rien de particulier.

Le 4 décembre, le malade quitte l'hôpital par mesure disciplinaire, ayant toujours sa fistule.

Nous nous trouvons en présence d'un cas de fistule cowpérienne urinaire typique; nous voyons que l'importance du trajet étant très réduite, il n'est pas nécessaire d'appliquer le traitement chirurgical. La cicatrisation est lente, il est vrai, mais nous ne sommes pas sûr que le malade n'ait pas cherché à entretenir sa fistule, Il aurait été intéressant de pouvoir le suivre, mais nous ne l'avons pas revu.

TRAITEMENT.

Il ne serait pas à envisager si toutes les fistules suivaient la règle générale du cas, c'est-à-dire se fermaient; de temps en temps, on observe une persistance de la fistule, qu'elle soit sécrétoire ou urinaire. Il faut donc envisager la prophylaxie et le traitement curatif.

PROPHYLAXIE.

En présence d'un abcès de la glande de Cowper, les auteurs sont du même avis : Il ne faut pas le laisser s'ouvrir seul. Une ouverture chirurgicale précoce bien faite et bien aseptique restreint le nombre de chances de formation d'une fistule. Il faut veiller pour cela à ce que le canal excréteur reste perméable, et la plaie se referme d'elle-même.

TRAITEMENT CURATIF.

La fistule s'est constituée, pourquoi se maintient-elle ?

Souvent, dans l'urètre, siège un rétrécissement qui a aidé à la formation de l'abcès, ou bien le canal excréteur est bouché, ou bien l'urine sort par la fistule qui s'organise, ou encore des récessus compris dans le trajet entretiennent l'infection.

La première chose à faire est donc de rechercher le rétrécissement, et s'il existe, de faire la dilatation large de l'urètre, l'urétrotomie interne, si cela est nécessaire. Ensuite, pour rendre au canal excréteur sa perméabilité, il est d'usage de faire des injections de liquide antiseptique qui sont poussées à l'orifice de la fistule et ressortent par l'urètre. Il est rare que, sous l'influence de ces deux traitements, le trajet fistuleux ne se cicatrise pas. Cependant il peut résister; à ce moment, une action chirurgicale est nécessaire.

Autrefois, on utilisait différentes méthodes. Dieffenbach commençait par dilater les trajets fistuleux, puis, une bougie en cire dans l'urètre, il portait dans les trajets fistuleux un stylet enduit de teinture de cantharide concentré. Les escarres

tombées, il restait des bourgeons charnus dont il favorisait l'agglutination par une suture. On a employé aussi la cautérisation des trajets avec le fer rouge dans le même but.

Bonnet, de Lyon, faisait une incision comprenant tous les trajets fistuleux et clapiers jusqu'à l'urètre, qu'il n'incisait pas, puis il cautérisait au fer rouge. Plus tard on complétait la boutonnière et, le plus souvent, on ne faisait pas de cautérisation au fer rouge.

En cas de fistule assez large, on avivait les bords de l'orifice que l'on suturait, ou bien on faisait une autoplastie périnéale. Le système employé par Reliquet, qui consiste à faire un infundibulum à pointe juxta-urétrale et à surveiller que la cicatrisation se fasse régulièrement en gardant cette forme à la plaie pour qu'il ne se forme pas de clapiers, est, nous le croyons, une bonne méthode. Cet auteur mettait dans le trajet fistuleux une sonde en argent qui lui permettait de faire les injections désinfectantes, maintenant perméable le canal excréteur.

Actuellement, nous avons interrogé notre maître, M. le Professeur Duvergey; le traitement se résume ainsi :

Dilatation large de l'urètre et sonde à demeure.

Injection de liquide antiseptique par l'orifice fistuleux. Lorsque la fistule est peu importante, on y introduit un fil de platine antérieurement chauffé, imbibé de nitrate d'argent.

Lorsque la fistule est tenace, malgré la sonde à demeure qui donne d'excellents résultats, le mieux est l'extirpation du trajet avec ou non ablation de la glande. Nous avons vu que l'utilité de cette glande est assez contestable; il s'agit, en tout cas, de savoir si les avantages que donne sa présence l'emportent ou non sur les ennuis. Dans le cas qui nous occupe, nous pensons que le risque de récurrence avec ou sans l'intermédiaire d'un nouvel abcès est à considérer, d'autant qu'en cas d'ablation l'autre glande reste qui fonctionne. C'est pourquoi, dès qu'une fistule tarde à se fermer, il est préférable de faire l'extirpation de la glande et du trajet; la guérison est à ce moment indubitable, pour peu que l'acte chirurgical soit bien fait. Il est cependant une chose à craindre dans cette extirpa-

tion; rappelons-nous les rapports de la glande; nous savons que sa face externe est en rapport avec l'artère bulbaire qui la côtoie d'extrêmement près. Reynès, de Marseille, en a fait une amère constatation lorsqu'il a provoqué, en faisant l'opération sus-désignée, une hémorragie très abondante, difficile à réprimer à cause de l'état des tissus et qui a nécessité le maintien de deux pinces pendant un jour et demi. Reynès, après nous avoir conté le fait, recommande de songer à cette artère, qui peut être assez grosse, et de la récliner.

Dans le cas de fistule urinaire ayant comme origine une cowpérite, le traitement ne permet pas d'établir de différences entre ces deux variétés pathogéniques. C'est le traitement de la fistule urinaire proprement dite, tel qu'on le trouve dans tous les auteurs classiques.

Nous avons lu, à ce sujet, un article des docteurs Héresco et Stéphanesco Galatzi, de Bucarest, dans le *Compte rendu de l'Association française d'urologie*, où il est apporté certaines précisions. Il faut cependant ajouter l'extirpation de la glande dont la présence est un point faible, de nature à nous faire craindre des récidives, car la présence de quelques acini suppurants, plus dangereux que des clapiers, empêchent l'acte chirurgical d'être suivi de guérison.

CONCLUSIONS

La cowpérite est une affection bien connue, très fréquente dans son état chronique, qui est la cause de bien des urétrites traînantes, presque inguérissables; assez rare dans sa forme aiguë, qui évolue souvent en abcès périnéal. Sans doute la fistule qui s'ensuit dans quelques cas n'a pas un caractère particulier de gravité, mais si elle se forme dans l'urètre, elle peut être l'origine d'un abcès urinaire dont nous connaissons les complications redoutables, qui vont depuis la simple fistule urinaire jusqu'à l'infection urinaire grave.

Pathogéniquement, nous avons divisé les fistules qui suivent les cowpérites en fistules urinaires et fistules non urinaires.

Le traitement de ces dernières, qui entrent seules dans notre sujet, varie, selon l'importance du trajet fistuleux et de l'inflammation glandulaire, depuis le traitement adjuvant jusqu'à l'excision du trajet, avec l'extirpation de la glande, ce qui représente le meilleur facteur de guérison.

Le traitement de l'autre variété de fistules est le même lorsque l'urine passe très peu et que le trajet est peu organisé; dans le cas contraire, il se trouve être celui de la fistule urinaire classique, avec, en plus, extirpation totale de la glande.

Vu : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 9 décembre 1935.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BAKO. — *Centralbat F. K. der Ham, und Sex. Orig. Org.*, 1895, vol. VI, p. 30.
- BARTRINA. — Voir MOTZ.
- BOUCHARD. — Voir LAQUIÈRE.
- CADIAT. — Soc. d'anat. et de physiol., 1884.
- CROSTI. — Assoc. méd.-lombarda, 1^{er} mai 1897.
- FOURNIER. — *Nouv. Dict. de méd. prat.*, 1886, p. 193.
- GRUGET. — De la fistule de la glande de Cowper, thèse Paris, 1876.
- GUBBLER. — Des glandes de Méry, thèse Paris, 1849, n° 172.
- HAAS (J.). — Contribution à l'étude des cowpérites dans l'urétrite chronique, thèse Paris, 1906-1907, n° 277.
- HÉRESKO et STÉPHANESCO GALATZI (Bucarest). — *Assoc. franç. d'urol.*, 1901, p. 229.
- HOMMA (Sh). — *Japanische Zeitschufft für Dermatologie und Urologie*, vol. XVI, fasc. 2, 4 février 1912.
- JULLIEN. — *Maladies vénériennes*, p. 153.
- LAQUIÈRE et BOUCHARD. — Cowpérite calculeuse. *Journal d'urologie*, 1926, 21-22, p. 47 bis.
- LEBRETON. — Thèse Paris sur les cowpérites, 1904.
- LEGUEU. — *Traité d'urologie*.
- MAURIAC (Ch.). — *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 154.
- MOTZ et BARTRINA. — *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1903, p. 1601.
- MARION. — *Traité d'urologie*.
- NICOLLE. — De la cowpérité. Thèse Paris, 1873.
- OZÈNE. — *Journ. de méd. de Paris*, p. 225, 1900.
- PASTEAU. — Les cowpérites dans l'urétrite chronique. Assoc. franç. d'urol., 1906, *Proc.-verb.*, Paris, 1907, X, 267.

- POITEVIN DE FONTGUYON. — *Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1896, XVII, 153-154.
- QUÉNU. — *France médicale*, 15 avril 1876.
- RELIQUET. — Les fistules urétrales non urinaires. Dans les œuvres complètes publiées par Guépin en 1885.
- REYNES (Marseille). — *Annales d'urologie*, 1909.
- RICORDI. — *Giorn. Ital. delle mal. vénér.*, Milan, 1873.
- THIVIERS. — Contribution à l'étude des complications blennorragiques. Thèse, 1898-1899, t. XLVII.
- TRIFU. — Note sur la physiologie des glandes de Cowper. *Annales d'urologie*, 1929.
- VIANA. — *Gazz. degli Osp. delle clin.*, n° 147, 1903.
- VILAR (G.). — Cowpérite du côté droit. *Rev. de Spécial*, 2, 136-138, 1927.
- WUGMEISTER (J.). — La cowpérite, *Gazz. de Osp.*, 53, 553-537, 1^{er} mai 1932.
- WHITNEY (C.-M.). — Chronic infection of Cowper's glands a cause of persistent urethral discharge. *Urol. and Cutan. Rev.*, 34, 233-236, avril 1930.

Qu'il nous soit permis, à la fin de cette bibliographie, de faire savoir qu'une partie (à partir de 1927) nous fut communiquée par le service du *Monde médical*, auquel nous sommes sincèrement reconnaissant.

